

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 055706

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HLILA HAKIMA
Date de naissance : 11/1/63
Adresse : 179 B BRAHIM ROUDANI IM L
Ap. 20 Madinat CASABLANCA
Tél. : 0661 178650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 18/12/2020
Nom et prénom du malade : HLILA HAKIMA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : grippe
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA


Le : 18/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/12/2020			1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/20	1020,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

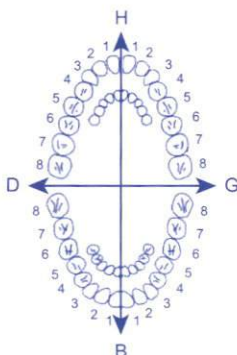
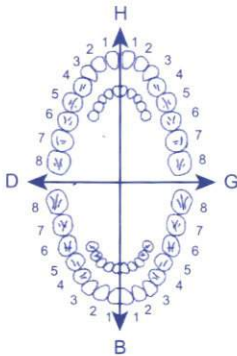
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le

18/12/2010

DR. JORDY AMINE
A. AMEL 3 Rue 20 N 13
Sidi Bel Abbes 36000
Tel : 0670707070, 0689212111

Habib Hakem

89,00

1/ Diamine 30

PPV:14DH00
PER:10/23
LOT:J2684

437,00

1cp/j b

PPV:79DH70
PER:11/23
LOT:J3103

2/ jammed 10g

14,00

3/ Doliprane 1

79,70 x 2 1cp x 3/

4/ Arix 100g
1cp/j b 12 J
12cp/j Sdt 6g

PPV:79DH70
PER:11/23
LOT:J3103



PHARMACIE BAYT AL FAYH
N° 6 Res. Bayt Al Fayh Ouellet Beausite
Ain Sidi Casablanca
Tel: 05 22 34 47 34 - 05 22 46 14 02
www.bayt-al-fayh.com

US 1.60

T/ Dune 100000 VI

2650 1 **S.V.** A/P/mg

6/ Vit C 1000

18.50 **S.V.** ACPH

2/ Zinc

27.70 **S.V.** ACPH 1/4 10

V/ Cardiospirine **S.V.** 100

99.00 **S.V.** ACPH

9/ seeds 20

ACPH 1/4

1020.70

Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.



P. PHARMACIE BAYTAL FATH
N° 6 Res. Bayt Al Fath Quartier Beausile
Ain Sebaa Casablanca
Tel : 05 21 34 47 35 Fax : 05 21 66 34 62
E-mail : aliaaf@yahoo.com

minerals
Actifs et Vitamines
118.50

Dr. Joudy Amine
Al Amal 3 Rue N° 13
DOCTEUR AGENT
10689212711

LOT 191738
EXP 07/2022
PPV 99.00DH

OEDOS[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Respecter les doses prescrites

احذر من الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصفّة طبية – قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerkouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas



Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

Importé par : **Ergo Maroc**

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 20F03
EXP: 06/2023

20168

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

60 Comprimés à Libération **M**odifiée



احترموا الاقايد الدينية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يعرف إلا بموجب وصفة طبية

LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE